

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1922-1923. — N^o 132

NOUVELLE CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
KYSTES DERMŌIDES
DU PAVILLON DE L'OREILLE
ET DE LA RÉGION PERIAURICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BERNARD JOYEUX

ANCIEN ASSISTANT MILITAIRE DU CENTRE O. R. L. DE LA 14^e RÉGION

Né à Langres (Haute-Marne), le 29 juillet 1899

LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON
23, BOULEVARD CARNOT, 23

1923

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES
KYSTES DERMOÏDES
DU PAVILLON DE L'OREILLE ET DE LA RÉGION PÉRIAURICULAIRE

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1922-1923. — N^{ro} 132

NOUVELLE CONTRIBUTION
A L'ÉTUDE DES
KYSTES DERMOIDES
DU PAVILLON DE L'OREILLE
ET DE LA RÉGION PERIAURICULAIRE

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 4 juillet 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

BERNARD JOYEUX

ANCIEN ASSISTANT MILITAIRE DU CENTRE O. R. L. DE LA 14^e RÉGION

Né à Langres (Haute-Marne), le 29 juillet 1899



LE PUY

IMPRIMERIE PEYRILLER, ROUCHON ET GAMON

23, BOULEVARD CARNOT, 23

—
1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire	MM. HUGOUNENQ
Doyen.....	J. LEPINE
Assesseur.....	ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE,
TESTUT, FLORENCE A.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. TEISSIER
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.....	BARD
Clinique ophtalmologique.....	TIXIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	BERARD
Clinique neurologique et psychiatrique.....	COMMANDEUR
Clinique des maladies des enfants.....	ROLLET
Clinique des maladies des femmes.....	NICOLAS
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	LEPINE (J.)
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	WEILL
Physique biologique, radiologie et physiothérapie.....	POLLOSSON (A.)
Chimie biologique et médicale.....	LANNOIS
Chimie organique et Toxicologie.....	ROCHET
Matière médicale et Botanique.....	NOVE-JOSSERAND
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	CLUZET
Anatomie.....	HUGOUNENQ
Histologie.....	MOREL
Physiologie.....	BRETIN.
Pathologie interne.....	GUIART
Pathologie et Thérapeutique générales.....	LATARJET
Anatomie pathologique.....	POLICARD
Chirurgie opératoire.....	DOYON
Médecine expérimentale et comparée et Bactériolog.....	COLLET
Médecine légale.....	MOURIQUAND
Hygiène.....	PAVIOT
Thérapeutique, Hydrologie et Climatologie.....	VILLARD
Pharmacologie.....	ARLOING (F.)
	Etienne MARTIN
	COURMONT (P.)
	PIC
	MOREAU

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS
— Propédeutique de gynécolog.....	CONDAMIN
— Chimie minérale.....	BARRAL
— Urologie.....	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL
Embryologie.....	GRAVIER
Orthopédie.....	LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance...	CHATIN
Stomatologie.....	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	SAVY	TRILLAT	FAVRE
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G)	NOEL chargé des fonctions.
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	
CADE	COTTE	CORDIER	
GARIN	DUROUX	ROUBIER	

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. LANNOIS Président M. COLLET, Assesseur.
MM. CORDIER et FAVRE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Je dédie ces quelques pages qui ne sont qu'un faible témoignage de ma filiale tendresse et de mon infinie reconnaissance. Puissé-je avoir la certitude de n'avoir pas démerité de tous les sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi.

A MES SŒURS, A MES FRÈRES

En gage de ma profonde affection.

A MON ONCLE, LE D^r ALPHONSE JOYEUX

A MON COUSIN

LE D^r MAURICE BONJEAN

MÉDECIN-MAJOR DE L'ARMÉE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LANNOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIQUE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

Qu'il reçoive l'expression de ma
vive reconnaissance pour le
très grand honneur qu'il m'a
fait en acceptant la présidence
de cette thèse.

A MES JUGES

A MES MAITRES

DES FACULTÉS DE MÉDECINE DE NANCY ET DE LYON
DE LA FACULTÉ DES LETTRES DE LYON

AVANT-PROPOS

Feuilletant un jour, au hasard d'une crise de curiosité, les cahiers d'observations du centre oto-rhino-laryngologique de la 14^e région auquel j'étais attaché, un cas de kyste dermoïde du pavillon de l'oreille, opéré alors que M. le professeur Lannois était médecin-chef du centre, et tranchant sur la monotonie des cas courants, retint mon attention. J'étais conquis par le sujet, étant assuré de trouver auprès de mon maître les bienveillants et doctes renseignements qui métamorphoseraient mon ignorance curieuse. Dès notre premier entretien, je savais que ma thèse aurait pour titre :

Nouvelle contribution à l'étude des kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille et de la région périauriculaire.

Adoptant la manière de faire de M. le professeur Calamida qui, récemment, a fait paraître à ce sujet un remarquable article (1) — à me de cette étude —, je laisserai de côté les kystes dermoïdes de l'oreille moyenne, de la cavité mastoïdienne et ceux qui, intracraniens, ont quelques rapports avec la région auriculo-mastoïdienne, pour n'envisager que ceux du pavillon de l'oreille; de la mastoïde et des régions voisines de l'oreille.

(1) Archivio Italiano di Otologia : Décembre 1922.

Après quelques considérations statistiques tirées du tableau de recensement des cas publiés ou connus, suivront les différentes théories pathogéniques de ces formations, leur anatomie pathologique, leur étude clinique et leur traitement. Enfin je terminerai par la publication d'observations récentes dues à mon maître M. le professeur Lannois, à M. le professeur Calamida et au docteur Gamaleia, chef de clinique oto-rhino-laryngologique à la Faculté de médecine de Nancy, que je prie d'agréer l'expression de ma respectueuse amitié et de ma profonde reconnaissance.

Je tiens à dire ici ma gratitude sans bornes à mon ancien chef de service le médecin-major Bertein qui fut toujours pour moi un éducateur dévoué et un chef bienveillant. Enfin je remercie spécialement mes amis les docteurs Chauzy et Debenedetti de leur aide précieuse dans le domaine de l'anatomie pathologique.

CHAPITRE PREMIER

Les kystes dermoïdes du pavillon de l'oreille et de la région périauriculaire sont considérés comme une rareté pathologique. Le petit nombre des observations publiées en est la preuve. Cependant cette rareté, basée sur la publication des cas connus, est exagérée par le fait que beaucoup peut-être ne sont pas publiés. En effet leur identité clinique fallacieuse avec les kystes sébacés, plus communs et si bénins, et que parfois seul un examen histologique postopératoire a pu différencier, tente le bistouri du médecin praticien qui rarement recourt à la publication des cas observés en clientèle.

Reprenant les tableaux de recensement des cas publiés, que M. le professeur Calamida a patiemment dressés, je ne ferai que les compléter et les mettre à jour par quelques observations nouvelles.

KYSTES DERMOIDES DU PAVILLON

1	Seligmann	?	?	du pavillon.
2	Knapp	♀	19 ans	rég. post. du pav. et mastoïdien.
3	Blanc	♂	16 ans	id.
4	Dupretz	?	?	id.
5	Singer	?	?	face postér. partie supérieure.
6	Citelli	♂	30 ans	lobule de l'oreille.
7	Levesque	♂	11 m.	conque.
8	Yarsley	?	?	sous le lobule de l'oreille.
9	Calamida	♂	7 ans	— le pavillon droit.
10	Calamida	♀	6 ans	— — gauche.
11	Turtur	♂	23 ans	— — gauche.
12	Basile	♂	25 ans	lob. pav. dr. Prétragien gauche.
13	Caliceti	♂	25 ans	lobule droit.
14	Calamida	♀	7 ans	fac. post. pav. et sil. retroaur. dr.
15	Calamida	♂	24 ans	face antérieure lobule droit.
16	Lannois-Joyeux	♂	25 ans	face post. partie sup. pavil. g.
17	Fano	♂	11 m.	— pavillon gauche.
18	Gamaleia	♂	21 ans	face interne du lobule à droite.

KYSTES DERMOIDES DE LA RÉGION MASTOÏDIENNE

1	Brindel	♀	18 ans	face extér. mastoïde gauche.
2	Lenhardt	♀	23 ans	— —
3	Gironde	♂	23 ans	— droite.
4	Levesque	♂	31 ans	— —
5	Knapp	♀	19 ans	— et du pavil.
6	Johnston	♀	32 ans	— gauche.
7	Bobbio	♂	23 ans	bord postér. mastoïde droite.
8	Halasz	♂	25 ans	face ext —
9	Chipault	♂	40 ans	— mastoïde bilatérale.
10	Bride	♀	21 ans	face ext. mast. et fac. post pav.
11	Bonzoms	♀	31 ans	— gauche.
12	Bouglé	?	?	— ?
13	Jacques et Aubriot.	♂	17 ans	— gauche.
14	Reclus	?	?	— gauche.

KYSTES DERMOIDES SUR LA SUTURE PARIETO-OCCIPITALE

1	Chipault	♂	30 ans	au niveau de l'asterion.
2	Chipault	♂	?	à 2 cm. au-dessus de l'asterion.
3	Reboul	♂	?	sur l'asterion gauche.
4	Genouville	♂	32 ans	région occipito-mastoïdienne.

KYSTES DERMOIDES DU SILLON RETRO-AURICULAIRE

1	Jacques et Dufays	♂	11 ans	sillon retro-auriculaire gauche.
2	Weitzell	♂	21 ans	id.
3	Gilette	♀	31 ans	id.
4	Cazejust	♂	11 ans	id.

KYSTES DERMOIDES DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

1	Merkel	?	?	conduit auditif externe.
2	Calamida	♀	3 ans	conduit auditif exter. gauche.
3	Lannois	♀	qq.m.	entrée du conduit.

KYSTES DERMOIDES DE LA REGION PRÉAURICULAIRE

1	Poncet	♂	21 ans	région préauriculaire gauche.
2	Osborn	?	?	en avant du tragus.
3	Daron	?	?	en avant du tragus (avec fistule).
4	Calamida	♀	20 ans	région préragienne droite.
5	Calamida	♂	14 ans	id.

KYSTES DERMOIDES DESSOUS L'OREILLE

1	Hoffmann	?	?	rég. du cou direct. sous l'oreille.
2	Calamida	♀	45 ans	rég. sous-mastoïdienne gauche.
3	Calamida	♂	13 ans	— gauche.

Ce qui, en résumé, donne un total de 51 observations dont :

- 18 sur le pavillon et la conque.
- 14 sur la région mastoïdienne.
- 4 sur la suture parieto-occipitale.
- 4 sur le sillon rétroauriculaire.
- 3 du conduit auditif externe.
- 5 de la région préauriculaire.
- 3 dessous l'oreille.

Les kystes dermoïdes du pavillon et de la région mastoïdienne sont les plus nombreux. Ils sont aussi fréquents dans ces deux régions respectives. Il est à remarquer que, sur le pavillon, ils se trouvent implantés ordinairement sur sa face postérieure et plus rarement sur le lobule de l'oreille et une seule fois sur la conque. (*Levesque*):

Pour la région mastoïdienne le point d'implantation habituel est la face externe. Parfois au voisinage du sillon avec participation de la face externe du pavillon (*Knapp, Bride*) ou encore près de son bord postérieur intéressant même partiellement l'écaille occipitale (*Reboul, Chipault, Bobbio*). Les kystes intramastoïdiens et intracrâniens de la région ne rentrant pas dans le cadre de cette étude ne sont pas mentionnés.

Lorsque l'on veut classer les kystes dermoïdes de la région mastoïdienne d'après le point exact d'implantation de leur pédicule, la tâche est plus ardue. Même après l'opération, l'identification de leur réel point d'origine est difficile à préciser parce qu'ils peuvent provenir de la fontanelle astérique ou d'une autre

suture (squameuse, pariéto-mastoïdienne, temporo-pariétale) et surtout par le fait même qu'au moment de la soudure de ces trois sutures le kyste reste rejeté en dehors.

L'asterion, pensent Chipault et Bobbio, est le point classique d'implantation des kystes, car il offre des conditions embryologiques et anatomiques plus favorables pour un enclavement ectodermique que la fontanelle et les sutures. Aussi Bobbio propose-t-il de comprendre tous les kystes de la région mastoïdienne dans le groupe unique des « *kystes astériques* ».

CHAPITRE II

PATHOGÉNIE

En chirurgie générale on considère souvent les kystes dermoïdes comme des tumeurs acquises, au même titre que les cicatrices et comme dûs au développement d'un lambeau cutané accidentellement invaginé dans la profondeur des tissus blessés. Il y a là une double confusion entre deux formations.

Les tumeurs d'origine traumatique dont il s'agit ici, post-cicatricielles donc acquises, sont des *kystes épidermoïdes* qui ont leurs caractères histologiques propres et bien différents (ainsi qu'on le verra dans le chapitre suivant) de ceux des kystes dermoïdes qui sont toujours congénitaux et ne sont pas des tumeurs.

Quand et comment ces kystes dermoïdes se forment-ils ? Pour quelles raisons ne les classe-t-on pas parmi les tumeurs ?

Avant de répondre à ces questions, il paraît indispensable de rappeler brièvement comment se fait le développement de l'oreille externe, qui seule nous intéresse ici.

Chez l'embryon, les deux premiers arcs branchiaux formeront le pavillon, et la première fente qu'ils limi-

tent, le conduit auditif externe et la conque. Six tubercules mamelonnent le bord des deux arcs branchiaux : les trois premiers sur l'arc mandibulaire (1^{er} arc), les trois derniers sur l'arc hyoïdien (2^e arc). Selon His, le premier tubercule donne le tragus ; le deuxième, le troisième et un repli situé en arrière des trois derniers bourgeons hyoïdiens contribuent à former l'hélix ; le quatrième tubercule forme l'anthélix ; le lobule dérive plus tardivement des cinquième et sixième bourgeons hyoïdiens. Pour Gradenigo, qui ne distingue simplement qu'un repli sur chaque arc branchial, le pavillon serait formé par la fusion de ces deux replis (*helix mandibulaire et helix hyoïdien*). Le conduit auditif externe et la conque se formeraient au dépens de la *fosse angulaire* (*His*) ou partie dorsale de la première fente branchiale.

Le cartilage de l'oreille commence à se différencier à la fin du deuxième mois, mais l'évolution du pavillon n'est pas encore terminée à la naissance.

De nombreux auteurs ont tenté d'explorer la pathogénie des kystes dermoïdes (*Meckel* 1815, *Lawrence* 1815, *Lebert* 1852, *Verneuil* 1853, *Remak* 1854, *Roser* 1859, *Heusinger*, *Broca* 1869, *Cusset* 1877, *Lannelongue* et *Achard* 1886, *Poirier* 1892, *Kirmisson* 1898, *Tripier* 1904), mais l'explication par la parthanogenèse ou par l'inclusion fœtale primitivement admise fut éclipsée par la séduisante théorie de Verneuil qui, « si elle n'explique pas suffisamment la genèse des tumeurs complexes, est très admissible pour les kystes dermoïdes et muqueux de la face et du cou » (*Levesque*).

C'est la *théorie de l'enclavement* d'un pli ectoder-

mique ou endodermique « Supposons, dit Verneuil, qu'un arc supérieur se soude prématurément à l'arc sous-jacent, voilà un pli ectodermique ou endodermique enclavé entre deux arcs. Si cet enclavement porte sur la poche externe de structure cutanée que tapisse un epithelium pavimenteux, il se produit un kyste dermoïde. Si la partie enclavée est la poche interne que revêt un epithelium vibratile, il se forme un kyste mucoïde ».

Donc les kystes dermoïdes en général ne sont pas autre chose qu'un sac de peau isolé dans le tissu embryonnaire. En effet ils se reconnaissent à cette propriété que, formés d'éléments tissulaires histologiquement normaux, ils sont dans un lieu où habituellement ils ne devraient pas se trouver. D'où le maître lyonnais R. Tripier (*Traité d'anatomie pathologique*, p. 891) infère ».

« *Ce ne sont pas des tumeurs*, parce qu'il ne s'agit pas de formations nouvelles sur l'organisme constitué et qu'on est seulement en présence du développement d'un tissu anormalement formé dans la période embryonnaire et dont les produits sont retenus aussi d'une manière anormale ».

Les kystes de la région prétragienne ou ceux situés immédiatement en dessous du conduit auditif externe proviennent pour la plupart d'une anomalie dans la soudure de la scissure de Glaser (*Calamida*).

Les kystes de la conque et du pavillon seraient des anomalies dans le développement des points de His ou de Gradenigo suivant la règle de Verneuil.

Quant aux *kystes de la région mastoïdienne*, alors

que Chipault et Bobbio disent qu'ils sont pour la plupart fontanellaires (astériques). Pour Poirier, le mode de développement de la région mastoïdienne expliquerait leur formation. « L'apophyse mastoïde, dit-il, est formée par la réunion de deux points osseux primitivement séparés... La soudure entre ces deux moitiés se fait très tard, parfois même elle ne s'achève jamais. Sur tous les temporaux d'adultes on peut trouver la trace de cette soudure. »

Cependant malgré la simplicité et la génialité de la théorie de Verneuil qui semble avoir jeté une si grande clarté sur cette pathogénie, plusieurs points restent obscurs :

Tout d'abord, comme le fait observer M. le prof Calamida, « les kystes dermoïdes qui trouvent leur genèse dans un développement anormal d'une portion plus ou moins isolée d'organes destinés à se transformer, peuvent prendre origine et évoluer dans des périodes variées de développement embryonnaire, c'est-à-dire, périodes primaire ou secondaire ». Un fait bien précis vient souligner le doute que le maître italien professe au sujet de l'époque à laquelle se ferait l'enclavement : on sait que, chez le fœtus, ce n'est qu'à partir du 6^e mois environ qu'apparaissent les papilles dermiques. Or, alors que les observations de Brindel, de Lvesquee spécifient qu'ils ont vu des papilles dermiques *nettement dessinées*, E. Gironde affirme que la surface dermique *est absolument planiforme et que nulle part on ne rencontre de bourgeons papillaires* (présence de glandes sébacées et poils).

D'autre part, en étudiant à ce point de vue les

diverses observations des kystes dermoïdes connus, on remarque que ces follicules de peau isolés ne suivent plus pendant un certain temps la vitesse de développement du revêtement cutané dont ils dérivent. Ils croissent si lentement que la grande majorité des malades déclarent n'avoir remarqué l'existence de la *grosseur* dont ils sont porteurs que depuis 1-2-5-10 ans en précisant ou non une date d'éclosion. Et cependant il s'agit d'une formation congénitale. Il y a donc en général une période de latence durant laquelle il sont ignorés.

Sous quelles influences le kyste *se réveillant*, semblant se soustraire subitement à la cause qui jusqu'alors le jugulait, prend-il un accroissement rapide? Une contusion, une grossesse, une maladie sont parfois invoquées; mais, parmi les divers facteurs étiologiques, la *puberté* semble avoir un intérêt tout particulier.

En effet, d'après l'étude des diverses observations publiées, la plupart des porteurs de kyste dermoïde ont remarqué l'existence de leur *grosseur* à une époque coïncidant avec la puberté. On sait qu'à ce moment le corps subit des transformations importantes, et parmi celles-ci, le développement du système pileux. Il n'y aurait donc rien de surprenant que l'éclosion du kyste ne soit que le cas particulier d'un phénomène de perturbations plus générales.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Bien que dans toute la terminologie clinique on ne trouve pas de mot qui ait servi à désigner autant de choses différentes que le mot « kyste », il faut dans le domaine anatomo-pathologique le réserver aux formations et « néoformations liquides ou pâteuses limitées par une paroi conjonctive tapissée intérieurement par un revêtement formé d'épithélium ou d'endothélium » (*Lecène*).

L'étude du kyste dermoïde comprend donc deux parties : le contenant et le contenu.

a) *Le contenant*. Il s'agit de la paroi kystique. A l'œil nu elle paraît mince, de quelques millimètres d'épaisseur, de consistance fibreuse et de couleur blanchâtre. A l'examen histologique, elle présente une très grande analogie avec la structure de la peau normale, dont elle provient.

La couche interne est constituée par un épiderme plat pluri-stratifié recouvrant la couche basillaire de Malpighi et recouverte par une zone cornée (beaucoup moins importante que sur la peau normale) dont le protoplasme cellulaire peu résistant s'altère, se détruit par un travail de macération en donnant ainsi nais-

sance au contenu. En dessous de cette couche, le derme, constitué par un feutrage plus ou moins dense de faisceaux fibreux et où l'on rencontre des glandes sébacées, sudoripares, des follicules pileux et quelques vaisseaux sanguins.

Cette description histologique n'est que générale et peut varier : 1° avec l'époque de la vie embryonnaire à laquelle s'est produit l'enclavement, cause du kyste. Ainsi les observations histologiquement contradictoires de Brindel et de Levesque d'une part, de Gironde de l'autre.

2° Avec le lieu où il a pris naissance. Lorsqu'il s'insère sur du cartilage (pavillon) ou sur du tissu osseux (mastoïde) il prend avec eux des adhérences fibreuses fortes et tenaces qui modifient sa structure.

3° Enfin avec d'autres causes mal connues. Dans le cas signalé par Gironde, « la couche vasculaire sous-épithéliale a un développement tel qu'il ne s'agit plus simplement de vaisseaux isolés les uns des autres, mais que l'on trouve une nappe sanguine cloisonnée par des travées conjonctives à la façon d'un véritable tissu caverneux ».

La structure de la paroi du *kyste épidermoïde* est différente par le fait qu'elle ne contient ni papilles dermiques, ni glandes, ni poils. Le *cholesteatome* également, mais sa cavité est bourrée de paillettes de cholestérine.

b) *Le contenu* en général est composé d'une substance d'un aspect caséeux, blanchâtre parfois brunâtre et d'une consistance plus ou moins onctueuse ayant une odeur sui generis désagréable. Ce magma est soluble dans l'alcool et l'éther.

Il est dû à la déhiscence du stratum corneum et aux excreta des glandes de la paroi. Examiné à l'état frais, il paraît constitué d'éléments épithéliaux plus ou moins reconnaissables, de détritits amorphes et de matières anhistes grasses, et de poils. Je n'ai pas trouvé dans les diverses observations de kystes dermoïdes de l'oreille, l'intérieur du sac occupé par des dents, des nerfs, des os que des auteurs ont signalés dans des kystes dermoïdes d'autres régions.

Le *pédicule* du kyste est également intéressant à étudier. Lorsqu'il est implanté sur une surface osseuse ou cartilagineuse avec laquelle il est en contact, le pédicule peut être court, large et en général peu vascularisé. Parfois au contraire (et c'est une désagréable surprise pour le chirurgien qui doit le poursuivre), il est long, grêle et dans ce cas généralement contient des vaisseaux non négligeables et suit un trajet aussi dangereux qu'imprévu (paquet vasculo-nerveux du cou).

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

L'examen général des porteurs de kyste dermoïde non plus que leurs antécédents héréditaires ou personnels ne permettent jamais de relever d'autres faits notables qui puissent nous faire penser qu'il n'est qu'un symptôme d'une maladie plus générale. Toutefois ils peuvent être accompagnés d'une autre anomalie congénitale telle qu'une fistule (*Daron*), ou de fibrochondromes branchiaux (*Chipault*). Rarement bilatéraux (*Chipault*, *Basile*), ils sont dans la plupart des cas unilatéraux. Ils sont généralement uniques, cependant on en a signalé plusieurs sur le même sujet.

A l'inspection, le kyste dermoïde se présente le plus souvent sous la forme d'une petite tumeur arrondie ou ovale du volume d'un grain de maïs ou d'une noisette, voire même d'un œuf de poule, mais ne devant atteindre que très rarement la grosseur d'une tête d'homme comme le signale Halasz. Le kyste est recouvert de peau normale (quand elle n'est pas enflammée ou ulcérée) à laquelle il n'est normalement pas adhérent et sous laquelle il glisse. Parfois mobile, parfois fixé aux plans profonds, il semble qu'il existe un certain rapport entre le volume et la mobilité. A une

certaine grosseur, il irrite le tissu conjonctif environnant, ce qui cause de fortes adhérences avec les organes voisins. Il est indolore spontanément et à la palpation. Les petits kystes sont durs, les volumineux pâteux ou mous, mais donnant toujours l'impression d'une masse bien délimitée et facilement énucléable.

Les formations que l'on peut rencontrer sur la mastoïde, le pavillon et les parties avoisinantes peuvent avoir quelques caractères de ressemblance avec les kystes dermoïdes, ce qui nous oblige à un *diagnostic différentiel*.

Lorsque l'on aura affaire à une formation bien délimitée se trouvant dans la région mastoïdienne il faudra songer à la pneumatocèle, l'encéphalocèle et aux tumeurs bénignes.

La *pneumatocèle* est le développement d'une collection d'air sous la peau à la suite d'un traumatisme ou d'une affection inflammatoire des cellules mastoïdiennes (*1 cas de pneumatocèle du conduit auditif externe signalé par M. Lannois*). La peau sus-jacente est normale, mais cette tumeur est réductible à la pression, variable avec l'effort (toux, éternuement) et sonore à la percussion.

L'*encéphalocèle*, la *méningocèle* et l'*encéphaloméningocèle* sont des tumeurs congénitales, dues à l'absence d'oblitération de la première fente branchiale et caractérisées par la présence d'une partie de l'encéphale, des méninges ou de ces deux organes qui ont fait irruption au dehors du crâne sous la peau. La pression n'est pas douloureuse et donne très rarement une réduction. La communication de la tumeur avec l'inté-

rieur de la boîte crânienne se manifeste par l'augmentation de la tension qui se produit quand l'enfant crie. La peau sus-jacente est souvent anormalement vascularisée. Enfin on relève des déformations osseuses au niveau de la base de la tumeur.

La plupart des tumeurs bénignes que l'on peut rencontrer dans la région peuvent parfois égarer le diagnostic.

Le *lipome*, rare au cuir chevelu, est assez courant sur le cou et à la nuque (lipomes du chapeau, du portefaix). Il est mou, presque fluctuant. Cependant il faut signaler les lipomes durs sous-périostés (sous l'épicrâne) qui sont congénitaux (*Langenbeck, Holmes*).

Les *fibromes* sous-périostés se rencontrent très rarement dans la région qui nous occupe. En général leur consistance est ferme ; mais ils peuvent subir des transformations nombreuses (muqueuse, graisseuse, séreuse, calcaire) qui altèrent leur fermeté.

Les *ostéomes* ne sont pas exceptionnels. Ils ont été observés et étudiés particulièrement par Halasz, Urbantschitsch, Schwartze.

Je ne fais que citer les *angiomes*, les *anévrismes*, les *kystes parasitaires*, l'*adénite du ganglion rétro-auriculaire* qui sont assez facilement éliminés par les anamnétiques et l'examen.

L'*othématome*, sur la face du pavillon, est recouvert par une peau rouge violacée. L'interrogatoire, l'origine la plupart du temps traumatique, la tension douloureuse tranchent le diagnostic.

La périchondrite séreuse avec *kyste séreux* offre quelques ressemblances (volume, absence de douleur)

mais la rapidité de l'affection, l'origine souvent traumatique ne permettent guère le doute.

Quant aux *kystes sébacés*, leur ressemblance avec les kystes dermoïdes à l'examen clinique est telle, qu'il est rarement possible d'en affirmer le diagnostic certain. Et le signe différentiel, cité par Duplay, Rochard et Demoulin dans leur « *Diagnostic chirurgical* » (« le kyste dermoïde garde l'empreinte du doigt »), n'a pas une valeur suffisante. Seul, l'examen histologique peut confirmer le diagnostic de « kyste dermoïde probable » établi sur un faisceau de présomptions.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

On doit parler de la ponction uniquement pour dire que, non recommandable comme moyen diagnostic, elle est franchement inutile et parfois même dangereuse en tant que moyen thérapeutique. La simple incision de la poche kystique et de la peau sus-jacente est encore plus mauvaise pour des raisons évidentes sur lesquelles il est inutile d'insister.

Le seul traitement qui donne les meilleurs résultats est l'*énucléation totale*.

La technique opératoire en est très simple : 1^{er} temps : incision de la peau et du tissu sous-cutané ; 2^e temps : dissection minutieuse du kyste et surtout de son pédicule ; 3^e temps : énucléation ; 4^e temps : suture.

Cependant en pratique tout n'est pas toujours aussi simple et il est plusieurs points particuliers sur lesquels il faut insister.

Tout d'abord, il ne faut pas oublier que ce n'est la plupart du temps que pour des raisons de pure esthétique que les malades ont recours à l'intervention. Par conséquent le chirurgien doit en opérant viser à ne laisser que le minimum de traces de son passage.

Le kyste dermoïde, ai-je dit dans un chapitre précédent, donne à la palpation la sensation d'une tumeur bien délimitée et souvent mobile sur les plans profonds. Il semble que l'on n'ait qu'à inciser les téguments externes pour cueillir cette formation *entre chair et peau*. Combien de chirurgiens, confiants dans ces sensations favorables, se sont trouvés aux prises avec des difficultés imprévues dans l'extirpation de ces tuméfactions qui semblaient à fleur de peau et dont le pédicule fut la cause de beaucoup d'ennuis. La dissection complète du pédicule du kyste, voilà le temps critique et essentiel de l'intervention.

Il faut être très minutieux dans la dissection du kyste lui-même, car l'épaisseur de sa paroi pouvant être très mince, on le déchire facilement et l'exérèse après l'évidement de son contenu est particulièrement difficile. Or pour que la guérison soit parfaite, il est indispensable que l'extirpation soit totale.

En outre, parfois des chirurgiens on été gênés par un écoulement sanguin important et obligés de recourir à la ligature des vaisseaux producteurs. Il faut également rechercher la cicatrisation *per primum*. A ce sujet il est intéressant de rappeler, qu'après l'exérèse des kystes du pavillon qui adhèrent si intimement au cartilage, l'accollement des parois ne se produit pas malgré les points de suture, si l'on n'a pas soin de les maintenir fermement en contact par un pansement compressif; à moins que l'on excise un lambeau de la peau distendue par la tuméfaction qu'elle recouvrait.

Doit-on pour l'opération avoir recours à l'anesthé-

sie locale ou générale ? Malgré le mutisme que la plupart des auteurs observent à ce sujet dans leurs comptes rendus cliniques, la question a une certaine importance. Pour les kystes du pavillon l'anesthésie locale est toujours suffisante. Quant aux kystes de la région périauriculaire, les rares fois signalées où l'on a eu quelques ennuis imputables à l'anesthésie sont totalement défavorables à l'anesthésie locale (*Calamida, Weitzell*) et toujours dûs à ce fait qu'un prolongement imprévu du pédicule a obligé le chirurgien à sortir de la zone d'anesthésie. M. le médecin-major Weitzell dans les *Annales des Maladies de l'oreille* dit : « Vu la mobilité sur les plans profonds et le faible volume du kyste, nous n'avions pas pensé à l'existence probable d'un prolongement et nous avons cru à son extirpation facile sans souffrance vive pour le patient, ce qui n'est pas le cas. Chez une femme ou un sujet nerveux il serait plus prudent dans ces occasions de faire l'anesthésie générale pour éviter toute surprise ».

OBSERVATIONS

Observation I.

(Clinique de M. le professeur Calamida).

Kyste dermoïde de la région préauriculaire droite.

R. Rosa, 20 ans, canton de Bareggio. Entre au service le 14 août 1915.

Antécédents héréditaires. — Négatifs. N'a pas eu de maladie digne d'être notée. La malade rapporte que vers l'âge de 6 ans elle remarqua sur son oreille droite une tuméfaction, comparable par la forme et le volume à une noisette, qui resta stationnaire sans produire de troubles ni d'ennuis; depuis deux mois seulement augmente de volume. La malade recourt à l'opération pour une question de pure esthétique.

Examen général. — Sujet anémié, muqueuses décolorées; bonne constitution générale; rien d'anormal aux organes internes.

Examen local. — Sur la région préauriculaire droite, devant le tragus et le **bobule**, on note une tuméfaction de la forme et du volume d'un œuf de pigeon, disposée parallèlement à la direction de la branche montante du maxillaire inférieur, recouverte de peau de couleur normale. La palpation confirme l'inspection et montre que la peau au-dessus de la tuméfaction est en partie adhérente à la tuméfaction même, laquelle est complètement mobile sur les téguments sous-jacents, et non douloureuse à la palpation. Le jeu de l'articulation temporo-maxillaire est intact et à l'ouverture de la bouche la tumeur reste immobile. On pose

le diagnostic de kyste dermoïde probable. On pratique l'extraction du kyste en décollant par voie ordinaire; incision de la peau, des tissus profonds et énucléation totale : suture de la plaie, cicatrice par première intention.

Examen du kyste. — Le contenu du kyste est constitué surtout par des éléments de lamelles épidermiques kératinisées accumulées et par des tablettes de cholestérine et des gouttelettes de graisse.

La paroi du kyste est constituée à l'intérieur par un revêtement épithélial plat pluristratifié en transformation kératohyaline et grasseuse, et avec accumulation de grains d'éléidine dans les couches moyennes : une couche serrée de fibrilles circonscrivant le kyste à l'extérieur. Présence de follicules pileux et de glandes sébacées : rares vaisseaux sanguins.

Diagnostic : Kyste dermoïde.

Observation II.

(Clinique de M le professeur Calamida).

Kyste dermoïde de la région sous-mastoïdienne gauche.

Vig... Graziosa, 45 ans. Entre au service le 17 avril 1918. Ne fut jamais malade. A quatre fils vivants en bonne santé; deux fausses couches. La malade raconte que depuis cinq ans une tuméfaction ronde s'accroît lentement au-dessous de la pointe de la mastoïde gauche. Elle est de la grosseur d'un œuf de pigeon, recouverte de peau normale, mobile, indolore à la pression. A la palpation profonde on découvre que le kyste est pédiculé. Je fais le diagnostic de kyste dermoïde probable. Je procède à son énucléation qui est quelque peu laborieuse et difficile. Injection locale de stovaïne, je pratique l'incision longitudinale de la peau, je décolle le kyste par voie ordinaire; pourtant, par un pédicule fibreux, il s'enfonce sous le paquet vasculo nerveux du cou et est très adhérent aux plans profonds. Son point d'insertion se porte en haut et en avant sur la fissure de Glaser. Avec la plus grande prudence, j'arrive à enlever tout son pédicule. Après 24 jours le malade est renvoyé guéri. L'examen histologique de la paroi kystique et l'examen à l'état frais du contenu confirment le diagnostic clinique de kyste dermoïde.

Observation III.

(Hôpital Desgenettes. Service de M. le professeur Lannois).

Kyste dermoïde du pavillon.

Gr... Maximien, 25 ans. Soldat de 2^e classe au 2^e régiment de cuirassiers.

Reconnu malade le 4 janvier 1919 à l'ambulance de la 1^{re} division de Cavalerie (Bron), est évacué le même jour sur l'hôpital Desgenettes où il entre avec le diagnostic de *kyste sébacé du pavillon gauche*.

Antécédents héréditaires et personnels négatifs. — Demande à être opéré pour une question d'esthétique.

Examen général. — Rien d'anormal.

Examen local. — Tuméfaction du volume d'une grosse noisette dans la partie supérieure de la face postérieure du pavillon gauche. La peau qui la recouvre est normale. Indolente à la palpation, la tumeur est adhérente aux plans profonds. S'est développée, dit-il, depuis une dizaine d'années.

Il est opéré le 17 janvier 1919 et sortant, guéri, sur son dépôt le 28 janvier 1919.

L'examen histologique nous démontre qu'il s'agit d'un kyste dermoïde.

La paroi kystique est nettement divisée en deux couches : l'une interne : l'épiderme malpighien ; l'autre externe : le derme.

L'épiderme est formé d'une couche basillaire assez nette coiffée d'une zone cornée d'épaisseur inégale mais cependant en général inférieure à celle des téguments externes. Des lamelles cornées s'effritent dans la cavité kystique.

Le derme est formé d'un stroma conjonctif dont la trame fibrillaire est assez dense.

Dans la figure ci-contre qui représente une vue microscopique de la paroi du kyste dermoïde de cette observation, la coupe a intéressé un follicule pileux, plusieurs glandes sébacées et sudoripares et des vaisseaux sanguins assez nombreux. A remarquer un gros amas de cellules cartilagineuses provenant sans doute du pavillon.

L'intérieur du kyste était occupé par une matière onctueuse.

blanchâtre, dans laquelle étaient plongés de très nombreux poils bruns ayant environ 1 centimètre de longueur.



PAROI DU KYSTE DERMOÏDE (coupe).

1. Glande sudoripare. — 2. Follicule pileux. — 3. Tissu cartilagineux. —
4. Epiderme malpighien. — 5. Glande sébacée. — 6. Vaisseau sanguin. — 7. Stratum corneum.

Observation IV.

(D^r Gamaleia, chef de clinique O. R. L. et chef du Service O. R. L. de l'Hôpital militaire de Nancy).

Kyste dermoïde du pavillon.

Le soldat D... du 513^e régiment de chars d'assaut, 21 ans, se présente à l'hôpital militaire Sédillot de Nancy, le 25 avril 1923, pour une petite tumeur de l'oreille droite. Cette tumeur existerait

depuis plusieurs années, mais aurait augmenté dans les derniers mois.

On constate, à l'examen, sur la face interne du bobule de l'oreille droite une petite tumeur du volume d'une noisette, bien arrondie, de consistance élastique. La peau qui recouvre cette tumeur est parfaitement mobile et n'est pas modifiée dans son aspect.

Sous anesthésie locale, la peau est incisée et la petite tumeur est énucléée assez facilement en entier. Suture per primum et guérison en quelques jours.

Un examen histologique de cette tumeur est fait par le Dr Morlot, chef des Travaux d'Anatomie-Pathologique, lequel conclut à un kyste dermoïde. En effet, cette tumeur présente une paroi très épaisse constituée d'un tissu conjonctif recouvert d'épithélium pavimenteux stratifié, autrement dit de tous les éléments de la peau, les glandes sébacées mises à part. Le contenu du kyste, épais, se rapprochait de la matière sébacée.

CONCLUSIONS

I. Les kystes dermoïdes peuvent siéger sur le pavillon de l'oreille et sur les régions périauriculaires.

II. Ils ont une origine différente suivant leur lieu d'implantation :

a) Les kystes de la région prétragienne proviennent d'une anomalie dans la soudure de la scissure de Glaser.

b) Ceux de la conque et du pavillon sont dûs à des anomalies de développement des points de His ou de Gradenigo.

c) Ceux de la région mastoïdienne seraient soit fontanellaires astériques (Chipault, Bobbio), soit directement mastoïdiens (Poirier).

III. Les kystes dermoïdes ne sont pas des tumeurs, car « on est seulement en présence du développement d'un tissu anormalement formé dans la période embryonnaire et dont les produits sont retenus aussi d'une manière anormale » (Poirier).

IV. Parmi les divers facteurs étiologiques déterminant le développement des kystes, la puberté semble avoir une importance toute particulière.

V. Il n'existe pas de signe clinique qui permette de

différencier le kyste dermoïde du kyste sébacé. L'ouverture du kyste et surtout l'examen histologique post-opératoire peuvent affirmer le diagnostic.

VI. Le seul traitement est l'énucléation totale.

Le Président de la Thèse,

LANNOIS.

Vu : *Le Doyen,*
JEAN LÉPINE,

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 8 juin 1923.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

J. CAVALIER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BASILE, *Archivio Italiano di Otologia*, XXVI.
BLANC, *Loire Médicale*, 15 oct. 1895.
BLAND SUTTON, *Bulletin Médical*, 1888.
BOBBIO, *Progresso Medico*, 1903.
BONNEFONT, *Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et des organes de l'audition*.
BONZOMS, *Archives Internationales de Laryngologie*, 1910.
BOUGLÉ, Société anatomique 19-I-1900. *Bulletin laryngologique*, T. III, 1900.
BRAISLIN, *Brooklyn, med. Journ.*, 1903.
BRIDE, London Royal Soc. of Med. - (Otolological section). *Journal of laryng.* XXIV, 1909.
BRINDEL, *Gazette hebdomadaire des Sciences Médic.*, 5 mai 1895.
BROCA, *Traité de chirurgie*, Paris, 1869.
— *Traité des tumeurs*, 1866-69.

CALAMIDA. *Atti.*, XIII, Cong. S. It. Otol. Roma, 1910.
— *Archivio Italiano di Otologia*, T. XXXIII, déc. 1922.
CALICETI, *Archivio Italiano di Otologia*, XXXII, 1921.
CAZEJUST, *Bullet. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, n° 4, avril 1922.
CHIPAULT, *Travaux de Neurologie clinique chirurgicale*, II, 1897.
CITELLI, *Boll. mat. d'orec. nas. gola*. N° 12, déc. 1906.
COOSEMANS, Société d'otologie belge, 1905.
CUSSET, Thèse de Paris, 1877.

DUPRETZ, *Kystes du pavillon*, Thèse de Lille, 1897.
DUPLAY et RECLUS, *Traité de chirurgie*.

FOLLIN, *Traité de Pathologie Externe*, Paris, 1863.

FANO, *L'Union Médic.*, Paris, 1872, p. 42.

GAUDIER, Société franç. d'otol. et laryng., 1897.

GENOUVILLE, *Gazette des Hôpitaux*, 1890.

GILETTE, *Mémoire de la Soc. de chirurgie*, 1881.

GIRONDE, *Lyon Médical*, 1879, T. LXIII.

HALASZ, *Archiv für Ohrenheilkunde*, 1904, T. LXIII.

HAÏT, *American Otol. Soc.* 1888.

HARTMANN, *Zeitschrift für Ohrenheil.*, 1886.

HARTMANN, *Traité des maladies des oreilles*, Trad. franç., 1886.

HEURTAUX, Société anat., *Gazette médicale*, 12-XI, 1891.

HISLER, *Archiv für Ohrenh.*, 1886.

ITARD, *Traité des mal. de l'oreille*, 1842.

JACQUES et AUBRIOT, *Revue de laryngologie*, févr. 1922.

JANNEY, *The medical and Surg. report*. Philadelphie, 1886.

JOHNSTON R.-H., *Journ. of Eye-Ear and Throat diseases*.
Déc. 1903.

KIRMISSON, *Traité des maladies chirurgicales d'origine congénitale*, 1898.

KNAPP, *American Otol. Soc.*, 1880.

— *Transactions of the Otol. Soc.* XXII, 1889.

KRAMER, *Traité des maladies de l'oreille*, 1848.

LANNELONGUE et ACHARD, *Traité des kystes congénitaux*, 1886.

LANNELONGUE et MÉNARD, *Affections congénitales*, 1891.

LANNOIS, *Traité des maladies de l'oreille, nez, pharynx, larynx*.
Collection Testut, 1908.

LAVRAND, *Soc. franç. d'otol. et laryng.*, 1892.

LEBERT, *Mémoire de la Soc. de biologie*, 1852, T. IV.

LE DENTU et DELBET, *Traité de chirurgie*.

LE FORT, *Revue de chirurgie*, Paris, 1894.

LENHARDT, *Normandie Médicale*, 13-XII, 1895.

LEVESQUE, Thèse de Paris, 1907. *Kystes dermoïdes du pavillon*.

MECKEL, *Journal compl. du Diction. des Sc. Méd.*, 1819.

MIOT et BARATOUX. — *Traité des Maladies de l'oreille*, 1881.

POIRIER, *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, 1892.

POLI, VI^e Congrès de la Soc. oto-laryng., 1903.

POLITZER, *Traité des maladies des oreilles*, 1884.

ROLLET, *Gazette hebdomadaire de méd. et de chir.*, 1889.

SCHWARTZE, *Handbuch der Ohrenheilkunde*, 1892.

SELIGMANN, *Zeitschrift für Ohrenh.* 1886.

SHEIBE, *Tumeurs de l'oreille*. Archiv. of otology, 1896.

SINGER, Oesterreiche Otol. Ges. *Monatschr. für Ohrenh.*, XXXII, 12-1893.

STEINE, *Tumeurs de l'oreille*. Königsberg, 1896.

SUGAR, *Archiv. für Ohrenh.*, 1899.

SWENDT, id. 1891.

TOYNBEE, *Recherches physiol. des maladies de l'or.* Londres, 1830.

TRIPPIER R, *Traité d'anatomie pathologique générale*, 1904.

TRIQUET, *Maladies des oreilles*, Paris, 1857.

TURTUR, *Atti clinica Otorinol.* Roma, 1912.

URBANTSCHITSCH, *Traité des Maladies de l'oreille*, 1881. Société autrichienne d'O. R. L., 1895.

VOITURIEE, *Journal de Médecine*, Lille, 1886.

WEITZELL, *Annales des Maladies de l'oreille*, XXXIV, 1908.

WOISLAVOSKY, *Annales of Otology*, 1906.

YARSLEY, London Roy. Soc. of Med. Otol. Soc., *Journal of laryng.*, XXIV, 1909.

